

# 医療費・外国保険への対応について

インターナショナルSOSジャパン(株)  
ネットワークサービスリエゾンオフィサー  
稲垣 潔

2023年2月22日



# インターナショナルSOSグループ概要

(2022年時点)

社名	The International SOS Group of Companies	
本社所在地	ロンドン・シンガポール	
設立	1985年	
全社従業員数	約13,000名 (うち常勤医師 約1,800名)	
顧客数	9,500社 (Fortune Global 100の82%、Fortune Global 500の67%を含む)	
対応言語	100言語 (含む各国方言)	
アシスタンスセンター	22か国27か所 (24時間、365日稼働)	
直営及び合弁クリニック	53クリニック	
事業所	78か所、グループ会社事業所141か所	
遠隔地サービス拠点	66か国 1,000か所 (洋上プロジェクト300か所を含む)	
提携プロバイダー	全世界 103,000 (米国内の数含まず) 病院・外来診療所、歯科、臨床心理士、民間救急、チャーター会社・ 航空会社、通訳者、葬儀社、セキュリティ会社、他) ※米国内提携医療機関数 878,864	
アシスタンス実績	医療関連サービス	855,236件 (2021年)
	医療・セキュリティ移送	3,104件 (2021年)
	セキュリティ・トラベルサービス	58,000件 (2021年)
品質認定	ISO9001: :2015 など	



# 医療アシスタンスサービスとは

- 自国を離れた地での健康・傷病の相談と受診に関する支援のサービス。ユーザーは電話で要請
- 多言語対応の所定のセンターへユーザーが電話でサービス要請
- ユーザー： 法人契約企業・団体の社員・家族（多国籍企業、各国政府機関、など）  
提携保険会社の保険加入者（提携損保の旅行保険被保険者など）

## ◆ 一般的なサービス内容

- 健康相談・医療アドバイスの提供
- 適切な医療機関の紹介
- 外来・入院案件での医療費の支払保証（提携外国保険や勤務先からの支払保証に基づく）
- メディカルモニタリング（容態・経過・治療計画・移送プラン・医療費など）
- 本国保険会社や勤務先との連絡・調整（有無責判断、メディカルレポート）
- 必要な場合の電話を通じ言語アシスト
- 緊急医療移送、帰国医療移送の手配（アシスタンス会社医師による医療的見解と設計に基づき受入先病院までの一貫した手配と費用の支払保証）
- 遺体移送(本国送還)・現地火葬の手配



# 医療費と外国保険

# 外国人患者の医療費

- ◆ **保険診療**                    一般の健保の被保険者としての精算
- ◆ **自費診療**                    点数単価は個々の医療機関の設定による
- ◆ **自費診療費用の最終負担元**
  - **本人の自腹**                    無保険の個人旅行者・滞在者、また保険対象外ケースなど
  - **勤務先の事業費**                外国人従業員の医療費を事業費で処理。地元企業と月々請求“ツケ”の合意ある病院も
  - **外国保険**                        来日前に本国で加入してくる旅行保険・医療保険の類  
※インバウンド旅行保険        国内損保が販売。主に短期旅行者対象



# 保険とは

“保険料を支払って保険契約(加入)し、所定の状況において契約と約款に基づき補償の範囲で経済的補償(保険金)を受ける“

## ◆ (民間)保険の区分

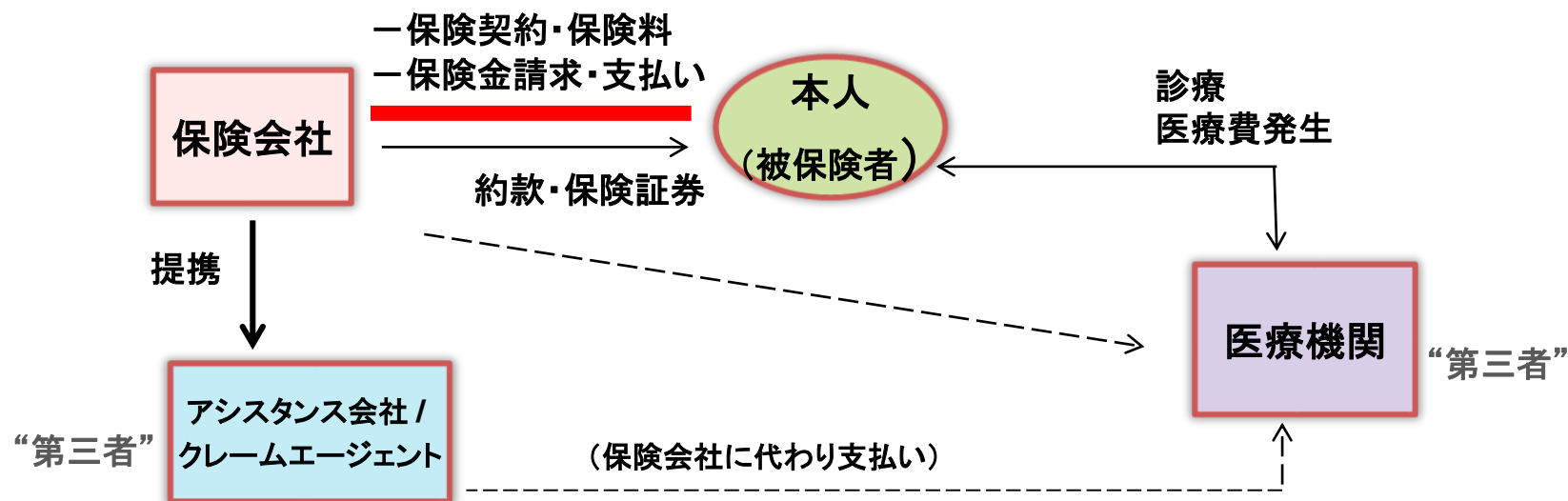
- **生保** : 死亡保険、個人年金保険など
- **損保** : 発生した保険事故でかかった費用的損害を**実損**填補する — **旅行保険**
- **第三分野** がん保険、医療保険、介護保障保険など

## ◆ 旅行保険

- 外国人患者が日本国内の医療費処理に使える保険は、来日前に本国で加入した旅行保険が一般的。一部カード付帯の旅行保険もあり
- 旅行保険は一般的には医療費など費用的損害を実損填補する損害保険。健保代わりとなるものではない



# 保険会社と患者の関係



## 医療費を旅行保険で処理するということは...

保険契約者である患者本人が保険会社に請求した保険金で処理すること

- そのために保険契約者(被保険者)である患者本人が保険会社に保険金請求手続きする
- そのうえで、患者の保険契約・約款の範囲で保険会社の承認のうえ「保険金」が支払われる
- この「保険金」が医療費支払いに充当される

# 保険加入の形態

- 本人の任意加入(空港、旅行会社、ネット)。 留学先学校からの指定で強制加入も
- 勤務先企業・団体が保険会社と包括契約
- クレジットカード付帯(自動・任意・特定の条件付き)
- パックツアーに組み込まれている強制加入
- 居住国により加入形態に特徴がある
- 訪日者で多い旅行保険の国籍: 米国、英国、フランス、ドイツ、台湾、タイ、韓国、中国など





# 外国人の受診で発生し得る費用



- ◆ **医療費**： 外来・入院等受診による診察・投薬・検査費用など医療機関からの請求分
- ◆ **医療機関取り扱い以外のサービスや費用**： 外部通訳、本国へ転院移送、遺体送還など

※ 保険に付帯する「アシスタンスサービス」として これらの手配を受けられる場合あり

※ 実際の手配は、保険会社が提携するアシスタンス会社を通じ、患者が加入する 保険の契約内容・約款・限度額の範囲で行われる

## 医療費の支払い保証 / Guarantee of Payment “GOP”

- 患者に代わりアシスタンス会社から医療機関に「支払保証」し医療費を立替え払いする“サービス”も、提携保険会社の承認・指示に基づき提供される被保険者(患者)へのアシスタンスサービスのひとつ
- 保険の種類や契約内容によって、一切アシスタンスサービスが付帯していないことも多い

→ 医療費支払いも含め基本的に**すべて一旦本人払い**

【医療レセプト見本】

診療報酬明細書 (請求人用)	平成 21年 1月分 01 20,000.0	診療科目	内科	診療日	1月1日	診療時間	10:00-12:00	診療回数	1回	診療内容	診察
患者氏名	国保 太郎	年齢	10歳	性別	男	住所	〇〇〇〇病院	診療科目	内科	診療日	1月1日
診療科目	内科	診療日	1月1日	診療時間	10:00-12:00	診療回数	1回	診療内容	診察	診療報酬	20,000.0



# 外国人患者が加入する旅行保険

## ◆ 諸外国旅行保険の一般的特徴

- 保険は全てのケース、全ての費用項目や金額に対し適用されるわけではない
- 個々の契約内容により補償項目と限度額、対象地域(“US only” など)が異なる
- 本人が医療費等、一旦全額支払って保険会社に払い戻し請求する**”Pay & Claim”**タイプの保険が多い(アシスタンス会社など第三者を通じての医療機関への支払いは不可)
- 加入する保険により、医療費支払保証などアシスタンスサービスが付帯しているものがある
- 保険適用の可否や適用範囲は、契約内容と保険約款に基づき保険会社の判断による
- 保険会社の有無責判断により、免責・無責の場合は一切の補償なし
- 医療費を最初の一定額まで自己負担し、超過部分を保険適用する (Co-Pay)保険も
- クレジットカード付帯の保険は任意加入の旅行保険より補償限度額・サービスともに限定される



# 外国保険での医療費処理

- ◆ 一般的には一旦本人が医療費を全て支払って後日保険へ請求 (Pay & Claim)
  - 領収書と診断書をもって後日、本人から所定の保険金請求書(Claim Form)で保険会社に払い戻し請求する
- ◆ “キャッシュレスサービス” 付帯の場合
  - 保険会社から直接、またはその提携アシスタンス会社などを通じ本人に代わり医療機関へ支払われるサービス
- ◆ 患者がキャッシュレス治療を希望する場合は
  - 契約者である加入者本人が所定のコールセンターを通じ保険会社に連絡し医療費キャッシュレスの アシスタンスを要請することが基本
  - 連絡先や加入内容は患者が持つ保険証券やインシュアランスカードなどに記載
  - 保険会社が指定する提携アシスタンス会社などを通じ医療機関へ医療費を支払保証し、払込む
  - 提携アシスタンス会社は保険会社からの確認・承認・指示なしに医療機関へ支払いは不可

xxx Insurance	
Subscriber Name JOHN DOE	
Identification Number XOF123456789	
Group Number: 123456	Office Copy: \$20
Coverage Date: 09/01/08	Emergency Copy: \$100
	RX Generic Copy: \$25
	RX Brand Copy: \$50/\$100
SINGLE	RoBIN: 011550
	RoPCN: ILR
	PPO PPO R

INSURANCE COMPANY NAME	COVERAGE TYPE
MEMBER NAME: JOHN DOE MEMBER NUMBER: XXX-XX-XXXX	EFFECTIVE DATE: XX-XX-XXXX
GROUP #: XXXXXX-XXX-XXX	PRESCRIPTION GROUP #: XXXXX
PCP CO-PAY: \$15.00 SPECIALIST CO-PAY: \$25.00 EMER. ROOM CO-PAY: \$75.00	PRESCRIPTION CO-PAY: \$15 GENERIC \$20 NAME BRAND
MEMBER SERVICES: 1-800-XXX-XXXX CLAIMS/INQUIRIES: 1-800-XXX-XXXX	



## ◆ 医療費キャッシュレス扱いにかかわる患者の同意（個人情報の扱いなど）

- 第三者（医療機関やアシスタンス会社）によるキャッシュレス取り扱いには、被保険者（患者）本人の同意・依頼・委任が必要
  - 第三者が自分に代わり保険会社に対し保険金請求することについての同意と依頼
  - 自分に代り保険会社に保険金請求する目的で、第三者（医療機関）が自分の医療情報・個人情報を他の第三者（アシスタンス会社、クレームエージェント）に開示し、その情報が第三者と保険会社の間で保険処理のために取り扱われることについての同意
- 各保険会社指定の「保険金請求書（Claim Form）」上の同意欄や同意書書式に本人がサインし同意・誓約する



**Travel Insurance**  
Travel insurance is the...  
Intended to cover loss mer...  
loss of luggage or person...  
default of travel and acc...  
... liability in case r...  
... that c...

# サンプル

xx Insurance

24 Hr helpline Number;

Toll Free Tel No;

Policy Holder:

Member Name:

Member No:

International Outpatient	Silver	Gold	Platinum
Overall benefit limit per member	\$10,000	\$25,000	Unlimited
Doctor visits	Up to \$125	Up to \$250	Paid in Full
Pathology, radiology & diagnostic tests	100% up to \$2,500	100% up to \$5,000	Paid in Full
Physiotherapy	100% up to \$2,500	100% up to	Paid in Full
Osteopathy and chiropractic	Paid in full up to 15 visits	Paid in full up to 15 visits	Paid in full up to 30 visits
Acupuncture, homeopathy & Chinese medicine	Paid in Full	Paid in Full	Paid in Full
Speech therapy	100% up to \$2,500	100% up to \$5,000	Paid in Full
Outpatient drugs & dressings	100% up to \$500	100% up to \$2,000	Paid in Full
Rental of durable medical equipment	Paid in Full	Paid in Full	Paid in Full
Adult vaccinations	100% up to \$250	Paid in Full	Paid in Full
Dental accidents	100% up to \$1,000	Paid in Full	Paid in Full
Well child tests	Paid in Full	Paid in Full	Paid in Full
Child immunizations	Paid in Full	Paid in Full	Paid in Full
Annual routine tests	Paid in Full	Paid in Full	Paid in Full

Term	Xplorer Premier	Xplorer Essential
Term	6 Months & Longer	
Deductible Options: (Outside U.S.)	\$0, \$500, \$1,000, \$2,500, \$10,000	
Medical Benefit Maximum	Unlimited	
Terrorism Coverage	Included	
Age Range:	74 or Younger – Renewable to age 84	
Coverage Areas	Worldwide & U.S.A	Worldwide – Excludes U.S.
Primary Coverage:	Does not require U.S. Health plan	
Dental & Vision	Available with \$0 deductible Plan (Elite Plan)	
Approval	Requires Full Medical Underwriting (Limited Underwriting available with the Select Plan)	

Benefits	6 Months & Longer	6 Months & Longer
Policy Term	6 Months & Longer	6 Months & Longer
Age Range	0-74 (Renewable to age 84)	18 - 100
Annual Deductible	\$0 / \$500 / \$1000 / \$2000 / \$5000	\$0 / \$375 / \$750 / \$1,500 / \$3,000 / \$7,500 / \$10,000
Medical Maximum	Unlimited Lifetime Benefits	Unlimited Lifetime Benefits (Platinum)
Cost Share	100% or stated amount	0% / 10% / 20% / 30%
Annual Out of Pocket Maximum	\$2000 / \$4000 / \$8000 / \$10000	\$2,000 or \$5,000
Medical Evacuation	\$250,000	100%
Pre-Existing Conditions	Covered with prior Creditable Coverage	Cigna may issue exclusions
Terrorism	100% Coverage	No Coverage
Hospitalization	100%	100%
Outpatient Surgery	100%	100%
Maternity	100% Coverage after mother is on policy 365 days.	Up to \$14,000 benefit after mother is on policy 365 days.
Ambulance	100%	100%
Rx Prescriptions	100% with Rider	100%
Office Visits	\$10 copay	100%
Immunizations	100%	100%
Lab & X-Ray	100%	100%
Radiation therapy, MRI, CAT Scan etc.	100%	100%
1 Routine annual exam	100%	100%
Annual Pap & Mammogram	100%	100%
Acupuncture & Chiropractic	100% up to \$2,000	100%
Physical Therapy	\$20/visit, 12 visits / year	100%

## xxx Insurance Claim Form

### IMPORTANT INFORMATION: PLEASE READ

Submit this completed claim form with itemized bills and receipts to the address or fax number listed above. Tape small receipts on 8.5 x 11 inch or ISO A4 paper. Do not staple receipts to claim form. **Complete a separate Claim Form for each patient.** In order for your health claim to be considered for reimbursement, you must complete and sign this claim form.

### SECTION A: EMPLOYEE AND PATIENT INFORMATION

COUNTRY WHERE SERVICES WERE RENDERED <sup>▲</sup>	DIAGNOSIS/REASON FOR TREATMENT <sup>▲</sup>	ID NUMBER <sup>▲</sup>
EMPLOYER	EMPLOYEE NAME (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL) <sup>▲</sup>	
PATIENT NAME (IF MULTIPLE, USE INDIVIDUAL CLAIM FORMS FOR EACH) <sup>▲</sup>	PATIENT DATE OF BIRTH (MONTH/DAY/YEAR) <sup>▲</sup>	HOME PHONE NUMBER
PRIMARY MAILING ADDRESS (WHERE CHECK/EOB SHOULD BE SENT)		WORK PHONE NUMBER
CITY/STATE	COUNTRY/POSTAL CODE	EMAIL ADDRESS
		FASCIMILE NUMBER

### SECTION B: PAYMENT INFORMATION<sup>▲</sup>

(Incomplete or incorrect information may result in a check payment made in US Dollars and mailed to your Primary Mailing Address)

PAY EMPLOYEE

PAY PROVIDER

IF NEITHER OF THE ABOVE IS CHECKED PAYMENT WILL BE MADE TO THE EMPLOYEE. PLEASE BE ADVISED THAT IF THE PROVIDER IS A PROVIDER IN THE US AND HOLDS A CONTRACT WITH CIGNA, PAYMENT WILL BE MADE TO THE PROVIDER EVEN IF THIS SECTION INDICATES OTHERWISE. IF THE PROVIDER IS CONTRACTED WITH CIGNA, THE PROVIDER WILL BE PAID BY CIGNA AT THE CONTRACTED RATE. IF YOU HAVE ALREADY PAID FOR SERVICES, YOU SHOULD SEEK REIMBURSEMENT DIRECTLY FROM THE PROVIDER.

### IF PAYMENT IS BEING MADE TO EMPLOYEE – COMPLETE PAYMENT DETAILS BELOW

RESTRICTIONS TO EFT, ePAYMENT PLUS, WIRE TRANSFER OR PAYMENT CURRENCIES MAY AFFECT OUR ABILITY TO PAY CLAIMS AS REQUESTED

PAYMENT TYPE	POINT OF CLAIM PAYMENT OPTIONS	FOR OTHER AVAILABLE PAYMENT OPTIONS SEE THE BACK OF THIS CLAIM FORM  MORE INFORMATION ALSO AVAILABLE ON OUR WEBSITE <a href="http://WWW.CIGNAenvoy.com">WWW.CIGNAenvoy.com</a>
	<input type="checkbox"/> CHECK <input type="checkbox"/> WIRE TRANSFER	
BANK DETAILS THIS SECTION FOR WIRE TRANSFERS ONLY	<input type="checkbox"/> MAILED TO YOUR PRIMARY MAILING ADDRESS <input type="checkbox"/> US DOLLAR <input type="checkbox"/> OTHER CURRENCY (SPECIFY BELOW)	
	<input type="checkbox"/> US OR INTL. CURRENCY TO AN INTERNATIONAL BANK. BANK MAY ASSESS FEES FOR RECEIPT OF ELECTRONIC WIRE PAYMENTS. FILL OUT THE BANK DETAILS SECTION BELOW	
	NAME ON ACCOUNT	ACCOUNT NUMBER (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER – IBAN)
	BANK NAME	BRANCH ADDRESS
	BANK CODE	CITY/STATE
	ABA / Routing / Swift / BIC / RUT / BSB / sort codes	
	BANK ACCOUNT CURRENCY	COUNTRY/POSTAL CODE

VERIFY ALL ACCOUNT INFORMATION, BANK CODE REQUIREMENTS AND CURRENCY REQUIREMENTS FOR YOUR BANKING COUNTRY TO ENSURE THE SUCCESSFUL TRANSMISSION OF YOUR PAYMENT. EFT, WIRE TRANSFERS, ePAYMENT PLUS MAY NOT BE AVAILABLE IN ALL COUNTRIES TO ALL MEMBERS. **INCURRED CURRENCY OR US DOLLAR CHECK MAY BE ISSUED AS A DEFAULT PAYMENT**

<sup>▲</sup> Required information. Missing or incomplete information on this form will delay payment of your reimbursement.

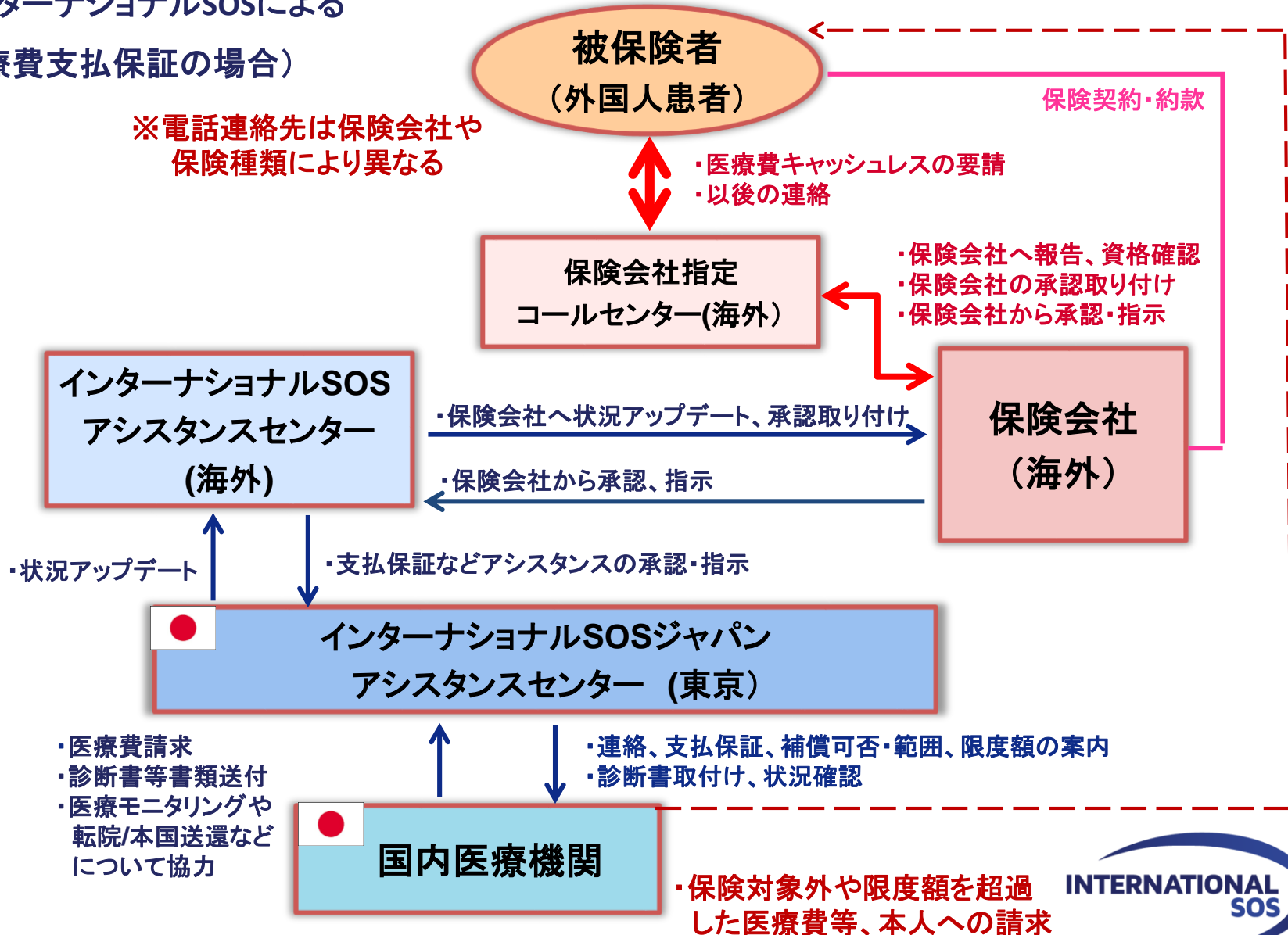
# 812849 (English) Rev 10/08



# 保険会社との提携によるアシスタンスサービスの仕組み

(インターナショナルSOSによる

医療費支払保証の場合)



※電話連絡先は保険会社や  
保険種類により異なる

- ・医療費キャッシュレスの要請
- ・以後の連絡

- ・保険会社へ報告、資格確認
- ・保険会社の承認取り付け
- ・保険会社から承認・指示

- ・保険会社へ状況アップデート、承認取り付け
- ・保険会社から承認、指示

・状況アップデート

・支払保証などアシスタンスの承認・指示

- ・医療費請求
- ・診断書等書類送付
- ・医療モニタリングや  
転院/本国送還など  
について協力

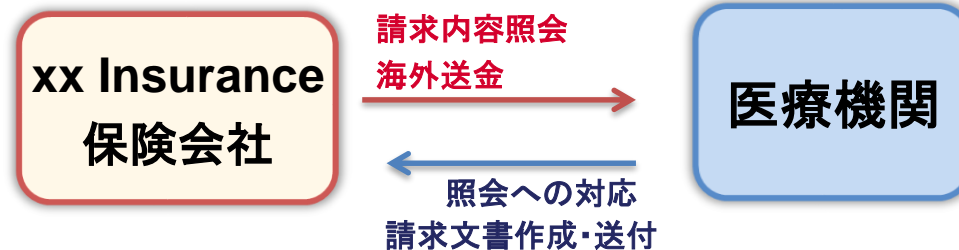
- ・連絡、支払保証、補償可否・範囲、限度額の案内
- ・診断書取付け、状況確認

・保険対象外や限度額を超過  
した医療費等、本人への請求

# ダイレクト・ビルディング(Direct Billing)の問題

## ◆ 外国保険会社と国内病院間の医療費の直接精算

- 近年、外国保険会社がダイレクト・ビルディング取り扱いを医療機関にアプローチする傾向
- 海外の保険会社窓口が英語で国内医療機関に直接電話やメール・FAXで確認や指示
- 海外と英語でコンタクトや書類やり取りが医療機関担当者の負担に
- 保険会社に請求した金額どおりに医療機関へ支払われない場合も多い
  - ・対象外費用、補償限度額超過分は請求額から差し引かれる
  - ・送金手数料2か所分、請求額から目減りして振り込まれる場合も多い
- 保険会社が対象外や超過分まで医療機関に支払って保険会社から本人に請求することはない
- 入金時に1円の過不足でも受けられない医療機関には適さない
- Co-Pay型など保険が複雑化・多様化し、混乱しやすく医療機関の事務負担増大
- 勝手にキャッシュレス病院リストに掲載される



# 国内各地医療機関の対応状況



- 医療機関によって外国保険への対応の有無や対応の仕方は異なる
- 保険の有無にかかわらず後払いの約束で帰国させた場合は回収が難しくなる
- 救急隊搬送された無保険の患者の入院中に病院から本国の親族に連絡を取り送金させたケースがあった(病院で言語対応)
- 外来は原則現金かカード払いのみとしているが、高額になりやすい入院では患者に外国保険の有無を確認する、でもその先のやり方が良くわからない
- 入院中に患者本人が米国C保険指定の連絡先に電話連絡し、アシスタンス会社も介在し支払保証しているのに、一方でC保険海外窓口から直接病院に英語で頻繁に連絡してきて混乱した
- ダイレクトビリングに対応することで、そのリスクと現場の事務的負荷が問題に。点数単価を高め設定し、事務部門で英語対応可能な外国人受入に積極的な医療機関が主に対応
- 一方、外国保険を持つ患者の治療範囲についてドクターが質問を受けることも。しばしばトラブルに。特に歯科治療や、個人による選択肢の多い治療で頻発
- 医療費を自分で支払って帰国後保険請求した保険会社から国内病院が後で 英語で照会を受け、担当者が無理なことまで回答に対応している



- 必要な医療情報開示について院内で理解の問題があった
  - アシスタンス対応や保険処理に必要な情報
  - 医療情報開示についての院内理解
  - 主治医が協力しない場合も
  - 主治医の理解・協力 ← 国際支援室や医事課から主治医と調整



PERMISSION TO RELEASE

I consent to International SOS Pte. Ltd and its affiliates ("International SOS") using photographs and/or video recordings of me taken by International SOS for purposes or promotion of International SOS. These images could be used in any media, printed or later, created or made available including print and digital media formats such as print publications, prospectuses, brochures, websites, e-marketing, posters, banners, advertising, film, and social media ("Permission").

I understand that images on websites can be viewed throughout the world and not just in my home country and that some countries may not provide the same level of protection to the rights of individuals as in my home country.

I understand that some images or recordings may be kept permanently once they are published and be kept as an archive of International SOS.

I agree that:

- I will not be paid a fee in respect of any use made of the photographs and/or video recordings, but have the opportunity of being involved in promoting International SOS in the manner set out above.
- Copyright in the images and/or video recordings will be retained by International SOS and International SOS shall have the right to edit, modify, crop, add to or subtract from the photographs and/or video recordings at its entire discretion and without my approval.

I have read and understood the conditions and consent to my images and/or video recordings being used as described.

First Name \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_ **同意書**  
 Date \_\_\_\_\_

International SOS is committed to processing information in accordance with the General Data Protection Regulation (GDPR) and other applicable regulations. The personal data collected on this form will be held securely and will only be used for administrative purposes.

Your rights:

- You have the right to request to see a copy of the information International SOS holds about you and to request corrections or deletions of the information that is no longer required.
- You can ask International SOS to stop using your image at any time, in which case we will be used in future publications but may continue to appear in publications already in circulation.
- You have the right to lodge a complaint against International SOS regarding data protection with our Data Protection Officer at [dpo@internationalsos.com](mailto:dpo@internationalsos.com).

If you have any questions relating to this consent form or the way International SOS is planning to use your information, please contact: [Chie.Aka@internationalsos.com](mailto:Chie.Aka@internationalsos.com).

International SOS Internal Use Only  
 ©2021 International SOS. All rights reserved.

Page 1 of 1

Health  
Insurance  
Portability  
Accountability  
Act



- 入院患者は旅行保険への加入がなかったが、アシスタンス会社と法人契約の会員であったため、アシスタンス会社から支払保証がされ医療費は全額立替払いされた
- 医療機関からの請求書発送が遅れ、保険会社の請求受付け期限を過ぎて拒否され支払を受けられず未収金になるケース（アシスタンス会社が支払保証している場合も）
- 保険への請求で撥ねられる費用項目で請求書を送り、その項目分差し引いて支払われた
- 自己負担分が非常に高額になっている入院患者の本国転院医療移送の検討
- 入院患者の本国へ帰国転院移送手配は保険付帯のアシスタンスサービスが提供されたが医療費キャッシュレス対応のサービスは無く、全て患者にPay & Claimを求められた

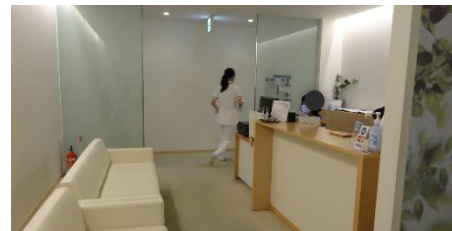


Invoice



# 私見

- もともと Pay & Claimが原則の保険は多い。外来では現金やカードで Pay & Claimを原則にしながら本人が保険会社に請求しやすいように最少限の協力を、入院では必要な場合本人から保険会社へ連絡させる
- Pay & Claimさせても外国保険から照会を受けることも。対応無理なことは断ってしまってもよい
- 医療機関の周辺地域の患者特性・属性によって保険加入状況も未収金リスクも異なる
- 外国保険対応の前に、外国人診療受入れに対する医療機関側の考え方、方針、戦略、受入れ体制がそれぞれに異なる
- なぜ外国保険に対応するか、の考え方も異なる
- 外国保険にどう対応すべきかは、各医療機関の事務現場の状況や負荷、事業方針もそれぞれ異なる中で、国内すべての医療機関に共通に正解となる方法はない
- それぞれの地域の患者の特性・属性に応じ、また個々の医療機関の方針や対応能力の中で無理のないかたちを検討し判断していただく



ありがとうございました

インターナショナルSOSジャパン株式会社  
24時間アシスタンスセンター 03 3560 7170  
Web: <http://www.internationalsos.co.jp/>

